|  |  |
| --- | --- |
|  | АНО ДПО «Центр непрерывного образования «МЫСЛЬ»  630087, г. Новосибирск, пр-т К. Маркса 30/1, офис 901  тел: (383) 292-89-86,  8-903-901-69-92, e-mail**:** seminar@sibmsl.ru |

**Заявка на обучение**

**ВНИМАНИЕ! Заполненную заявку необходимо направить на** [**seminar@sibmsl.ru**](mailto:seminar@sibmsl.ru)

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата и город проведения** |  |
| **Вид оплаты (нал / безнал)** |  |
| **Вид обучения (очно/онлайн)** |  |
| **Выдаваемый документ (сертификат/удостоверение)** |  |
| **Юридическое название организации** |  |
| **Должность и ФИО руководителя (полностью), действует на основании….** |  |
| **Юридический адрес** |  |
| **Фактический адрес** |  |
| **ИНН/КПП** |  |
| **Банк получателя** |  |
| **БИК банка** |  |
| **Р/С или (Казначейский счет для бюджета)** |  |
| **К/С или (ЕКС для бюджета)** |  |
| **Л/С (для бюджета)** |  |
| **Координаты для связи** |  |
| **Количество участников** |  |

**Регистрационная форма участника. Заполняется на каждого участника отдельно.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.** |  |
| **Должность** |  |
| **Электронная почта** |  |
| **Телефон/факс** |  |
| **Дата рождения (дд.мм.гг)** |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Гражданство** |  |
| **Источник финансирования обучения** | Федеральный бюджет, региональный бюджет, местный бюджет, платное обучение ***(выбрать нужное !!!)*** |
| **Просьба направить сканированную версию диплома, подтверждающего факт наличия среднего профессионального или высшего образования (требование лицензионного органа). В случае смены фамилии – свидетельство о браке.** | |

**\*Заявки принимаются по электронной почте:** [**seminar@centerbt.com**](mailto:seminar@centerbt.com)**,** [**seminar@sibmsl.ru**](mailto:seminar@sibmsl.ru)

**по тел: (383) 299-89-86, 292-89-86, 8-903-901-69-92 или по факсу (383) 2-100-180.**

**По Вашей заявке Вам будет выставлен счет для оплаты участия.**

**С Уважением, Директор АНО ДПО ЦНО «МЫСЛЬ» – Межевич Анна Юрьевна.**